Aus der Universitäts-Frauenklinik München, Maistraße 11
(Vorstand Prof. Dr. H. Eymer)

# Beobachtungen bei Abortfällen

## Unter Berücksichtigung der Erkrankungen entzündlicher Art an den Adnexen, Parametrien und Becken-Bauchfell nach Aborten

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät
der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von

Peter-Heinz Schmitz
appr. Arzt, Köln-Rhein

*

München 1938

Buchdruckerei J. Schön (Inh.: E. Bickel), München 5, Holzstr. 7

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät
der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität
zu München.
Referent: Herr Professor Dr. Rech.

Tag der mündlichen Prüfung: 4. XI. 1938.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

## Disposition.

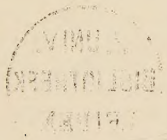
I. Begriff des Abortus und dessen Unterarten.

II. Ueberblick über die Literatur des Abortus, insbes. des kriminellen.

III. Tabellarische Zusammenstellung der Beobachtungen in der Universitäts-Frauenklinik München, Maistraße 11.

IV. Vergleichs-Gegenüberstellung mit den russischen Ergebnissen (Kiew).

V. Neuregelung der Schwangerschaftsunterbrechung im nationalsozialistischen Deutschland.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548309_0182

„Abortus" ist die Unterbrechung einer uterinen Schwangerschaft zu einer gewissen Zeit mit gleichzeitiger oder nachfolgender Ausstoßung des Eies auf natürlichem Wege."

Diese Definition von Ludwig Nürnberger wird durch v. Winckels Zeitbestimmung ergänzt: „Abortus heißt dieser Geburtsvorgang innerhalb der ersten 16 Wochen, wenn die Ausstoßung der Frucht vor vollendeter Bildung der Plazenta erfolgt".

Lange Jahre der Meinungsverschiedenheiten und wissenschaftlichen Streites hatte es gedauert, bis man sich auf dieser Grundlage geeinigt hatte. Schon aus dieser literarischen Tatsache kann man ermessen, welch große Bedeutung die Gesamtfrage der vorzeitigen Ei-Ausstoßung in der deutschen Forscherwelt errungen hat.

Aber nicht nur diese, sondern die Fachmänner aller Zeiten und Völker haben diesem hochwichtigen Vorgange weitestgehende Aufmerksamkeit gewidmet, um dessen Häufigkeit, Ursachen und Folgen möglichst genau kennen zu lernen. Und je mehr Fortschritte hierbei errungen wurden, desto deutlicher trat die Erkenntnis zu Tage, daß es sich bei jedem Abortus nicht nur um ein unnötig zu Verlust gegangenes menschliches Lebewesen handelt, sondern daß damit in sehr vielen Fällen eine Schädigung der Mutter in körperlicher und seelischer Hinsicht verbunden ist, welche noch vielfach bedeutungsvoller und folgenschwerer ist, als man bisher angenommen hat.

Zu ganz besonders eingehenden und ergebnisreichen Forschungen über die genannten Fragen hat das **Riesen-Experiment der Sowjet-Regierung** seit dem Jahre 1922 Veranlassung und Stoff geliefert; auf dem allukrainischen Kongreß in Kiew 1927 wurden diese Ergebnisse in einer erschütternden Weise offenbar und uns durch die Uebersetzung des amtlichen Kongreßberichtes im Auftrage der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie durch die vortreffliche Redaktion von Professor A. Mayer, Tübingen, zur Kenntnis gebracht. Ich behalte mir vor, auf die wichtigsten Punkte dieser Abhandlung noch zurückzukommen.

Wenn wir uns in Kürze über die **Ursachen** der Aborte orientieren wollen, so finden wir zunächst den wichtigen Hinweis von Nürnberger, daß in den meisten Fällen hierunter keine eindeutig bestimmbaren ursächlichen Zusammenhänge herausgestellt werden können. Man müsse sich vielmehr darüber klar sein, daß für die Unterbrechung einer Schwangerschaft, ebenso wie für alle anderen biologischen Vorgänge, in der Regel nicht nur eine Ursache, sondern eine Summe von bedingenden Momenten in Betracht komme.

So können im Verlauf einer fieberhaften Infektionskrankheit infolge Toxinwirkung oder erhöhter Temperatur Kontraktionen des Uterus ausgelöst oder durch Toxinwirkung Gefäß-Schädigungen zustande kommen, welche Blutungen und damit die Ablösung des Eies herbeiführen. Beide Momente könnten ebensogut nebeneinander wie miteinander wirksam sein.

Auch in den Fällen von Abortus, welche anscheinend eindeutig durch Verabreichung von Mutterkorn herbeigeführt wurden, kann an Hand der täglichen Erfahrung die Einheitlichkeit der Ursache bezweifelt

werden; denn die Beobachtungen haben ergeben, daß nicht jeder Uterus gleichmäßig auf Sekale anspricht; es muß also ein gewisser Mindestgrad solcher physiologischer Eigenschaft gegeben sein, wenn auch als „obligate Bedingung" (Julius Bauer).

Als höchstwahrscheinlich einheitliche Ursache des Abortus muß aber wohl der künstliche Eingriff angesehen werden, ein Verfahren, das in den letzten Jahren ganz besondere Bedeutung erlangt hat.

Seit der Streitschrift von **Morgagni,** etwa 1770, hatte man als Ursachen des Abortus zunächst zwei Gruppen unterschieden, nämlich pathologische Zustände des Eies und der Mutter. Aber auch diese Grundlage hat weiterhin mehrfache Verwandlungen erfahren müssen, worauf ich aber im einzelnen an dieser Stelle nicht eingehen will, weil die Meinungsverschiedenheiten in dieser Frage noch nicht eindeutig geklärt werden konnten. Nur kurz sei angedeutet, daß bei der Sonderung nach den Hauptgruppen: Erkrankungen von Mutter und Kind (Ei) neben allgemeinen Ursachen die Erkrankungen von Einzelorganen und Systemen (innersekretorische Störungen) sowie Kombinationen desselben eine bedeutsame Rolle spielen können. Nicht zu übersehen sind nach den neuesten Auffassungen neben den traumatischen Einwirkungen die wichtigen konstitutionellen Momente, deren Bedeutung in zunehmendem Maße erkannt zu werden scheint.

Je mehr man sich in den letzten Jahren mit der Erforschung der Ursachen des Abortus befaßte, desto eindeutiger stellte sich die Erkenntnis von der Bedeutung und Häufigkeit des gewollten, d. h. des künstlichen Abortus ein. Entsprechend der volkspolitischen Wichtigkeit dieser Frage wird auf deren Klärung von maßgebender Seite das allergrößte Gewicht gelegt und kein Mittel zur Bekämpfung dieser für den Bestand des Volkes so überaus wichtigen „Zeitkrankheit" unversucht gelassen, worauf wir später noch zurückkommen werden.

Durch die einwandfrei festgestellte Zunahme der Frühgeburten in den letzten Jahren ist „die Fehlgeburt aus einer verhältnismäßig unbedenklichen Erkrankung, als welche sie in den früheren Lehrbüchern größtenteils geschildert worden war, zu einer überaus ernsten und wichtigen Angelegenheit geworden". Die Behandlung der Fehlgeburt und ihrer Komplikationen scheint zunächst in den dichter besiedelten Gebieten unseres Landes, speziell in den Großstädten, nicht nur eine der häufigsten, sondern auch eine der wichtigsten Aufgaben des praktizierenden Arztes geworden zu sein.

Bereits gegen Ende des vorigen Jahrhunderts, insbesondere aber im Beginn des 2. Jahrzehntes unseres Jahrhunderts und neuerdings in der Nachkriegszeit ist die Zahl der vorzeitig unterbrochenen Schwangerschaften **anhaltend, zeitweilig sogar sprungweise gestiegen** und gleichzeitig die der Normalgeburten entsprechend gesunken. Dabei darf nicht übersehen werden, wie überaus schwierig und deshalb unvollständig die statistische Erfassung dieser Vorgänge aus mehrfachen Gründen ist.

Während früher die Zahl der Geburten jene der Abgänge fast um das zehnfache übertraf, ist jetzt dieser Unterschied im Begriffe zu verschwinden. So hat **Hegar** 1863 in Darmstadt und später in Baden auf 8—10 Geburten einen Abgang berechnet; desgleichen hat **Bumm** für Berlin den Anteil der Fehlgeburten an den Schwangerschaften 1890 auf 8,7 %, aber 1917 auf 20,4 % errechnet.

In Kiel ist nach **Höhne** 1905 auf 5 Entbindungen, 1914 schon auf 2 Entbindungen je ein Abgang festgestellt worden.

Nach Feststellungen des statistischen Amtes in Magdeburg ist 1912 auf 4 oder 5 Entbindungen ein Abgang zu berechnen gewesen; nach Kieler amtlichen Berichten 1913 bereits auf 2—3 Entbindungen.

Für die Jahre vor dem Kriege hat **M. Hirsch** ermittelt, daß in Berlin bereits 30 % der Schwangerschaften durch Abgang geendet haben und daß hiervon 78 % kriminell gewesen seien. In den umliegenden Landgemeinden sind nach seinen Berechnungen 31 % der Schwangerschaften durch Abort beendet und 55 % derselben kriminell veranlaßt gewesen.

Den gleich bedenklichen Weg der Steigerung zeigt die außerordentliche Zunahme der Todesfälle an Sepsis post abortum. Nach **Schottelius** sind beim Hamburger Gesundheitsamt 1908 nur 56, 1919 aber 183 derartige Fälle gemeldet worden. Hierdurch wird gerade die Zunahme der kriminellen Aborte in ein erschreckendes Licht gesetzt. Nach **Höhne** sind in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts in den klinischen und poliklinischen Büchern der Kieler Frauenklinik mehrere Jahre hindurch überhaupt keine Todesfälle infolge Sepsis nach Abort notiert worden und auch in den neunziger Jahren haben sie dort noch zu den großen Seltenheiten gehört.

**Ofterdinger** hat bei den Frauen des Eppendorfer Krankenhauses und zwar absichtlich nicht nur bei denen in der Frauenklinik, sondern auch bei denen der inneren Abteilung folgende Zahlen festgestellt:

1) unter 20 Jahren Aborte 220 % der Normalgeburten, davon unehelich 63,6 % der Abgänge.
2) von 20—30 Jahren Aborte 63,1 % der Entbindungen, davon 14,3 % unehelich der Abgänge.
3) 31—35 Jahre Abgänge 52,1 % der Entbindungen, 3,5 % unehelich der Abgänge.
4) 36—40 Jahre Abortus 47,7 % der Entbindungen, unehelich 1,6 % der Aborte.
5) 41—45 Jahre Aborte 49,3 % der Entbindungen, unehelich 5,6 % der Aborte.
6) 46—49 Lebensjahr Aborte 33,3 % der Entbindungen.
7) 50 und mehr Jahre 19,1 % der Entbindungen.

Aus diesen Zahlen läßt sich u. a. entnehmen, daß jene Frauen, deren konzeptionsfähiges Alter weit vor dem Kriege gelegen war, fast keine Abgänge gehabt haben; je mehr aber dieses Alter in die neuere Zeit fällt, desto mehr Abgänge sind verzeichnet. Beachtenswert ist hierbei auch noch die große Zahl der ehelichen Abgänge, wobei allerdings anzunehmen ist, daß viele uneheliche Aborte verschwiegen worden sein werden.

Natürlich haben sich bei derartigen Berechnungen auch erhebliche Fehlerquellen eingestellt, ganz abgesehen von der Mala Fides der Befragten; wir bleiben daher noch vorerst auf den keineswegs fehlerfreien Schätzungsweg angewiesen, wenn wir das Verhältnis der vorzeitigen zur normalen Entbindung ermitteln wollen.

**Th. Heinemann** hat im Jahrbuch von Halban Seite 1927 derartige Erhebungen zusammengetragen: Im allgemeinen haben die Autoren gegen Ende des vorigen Jahrhunderts etwa auf 8—10 Entbindungen, in der Vorkriegszeit aber schon auf 4—6 Entbindungen je einen Abgang errechnet. **Benthin** hat 1911 auf 8 Geburten einen Abgang festgestellt und die Zahl der Abgänge in ganz Deutschland auf 240 000 jährlich angenommen.

Gegen Ende des Krieges, ist sie bereits auf 300 bis 500 000 pro Jahr geschätzt worden, wie sich aus den Arbeiten von **Bumm, Döderlein, Fehlin, Krohne** u. a. ergab. Seither ist eine weitere Zunahme dieser Zahlen in ganz Deutschland wahrscheinlich, wie sich aus den nachfolgenden Zahlen der Münchener Klinik schließen läßt.

Um diese Verhältnisse einigermaßen zu klären, habe ich auf Anraten und unter Leitung von Herrn Professor Dr. Bach an der Universitäts-

Frauenklinik in München die in Frage stehenden Untersuchungen für die Nachkriegsjahre 1919 mit 1937 angestellt und dabei folgende Ergebnisse erzielt:

I.

In diesen 19 Jahren kamen in der genannten Klinik **insgesamt** zur Beobachtung bzw. Behandlung:

| 1919—1937 | Geburten | Abgänge | Verhältnis |
|---|---|---|---|
| | 57,788 | 7,355 | 12,72 |

Es ergab sich somit auf den Durchschnitt ein Abgang auf 8 Geburten. Für die einzelnen Jahre ergibt die folgende Tabelle I.

II.

Todesfälle

| 1919—1937 | Geburten u. Frühgeburten | Abgänge | Verhältnis |
|---|---|---|---|
| | 57,788 : 291 (+) = 0,53 % | 7,355 : 89 = 1,29 % | 0,53 : 1,29 = 1 : 2,34 |

es trafen somit 2½ Todesfälle bei Aborten auf 1 Todesfall bei Geburten und Frühgeburten.

Die Verhältnisse der einzelnen Jahre ergibt die folgende Tabelle II. Tabellen I und II.

## Tabelle I.

| Jahr | Geburtenzahl | Abortzahl | davon fieberhaft über 38 | % Geburt Abort |
|---|---|---|---|---|
| 1919 | 3648 | 665 | 248 = 37,3 % | 18,22 |
| 1920 | 4142 | 757 | 360 = 47,5 % | 18,40 |
| 1921 | 4081 | 568 | 290 = 51,0 % | 13,92 |
| 1922 | 3706 | 449 | 280 = 62,5 % | 12,12 |
| 1923 | 3285 | 343 | 180 = 52,6 % | 10,44 |
| 1924 | 3456 | 379 | 137 = 36,1 % | 10,96 |
| 1925 | 4280 | 356 | 126 = 35,4 % | 8,32 |
| 1926 | 4003 | 385 | 117 = 30,4 % | 9,36 |
| 1927 | 3156 | 394 | 91 = 23,1 % | 12,48 |
| 1928 | 3944 | 455 | 85 = 18,7 % | 11,54 |
| 1929 | 2851 | 392 | 76 = 19,4 % | 11,25 |
| 1930 | 2592 | 315 | 97 = 30,8 % | 12,16 |
| 1931 | 2305 | 360 | 107 = 29,7 % | 15,61 |
| 1932 | 1997 | 319 | 104 = 32,6 % | 15,97 |
| 1933 | 1723 | 317 | 78 = 24,6 % | 18,51 |
| 1934 | 2050 | 253 | 80 = 31,6 % | 12,34 |
| 1935 | 2212 | 240 | 56 = 23.3 % | 10,85 |
| 1936 | 2190 | 185 | 36 = 19,5 % | 8,44 |
| 1937 | 2167 | 223 | 53 = 23,8 % | 10,29 |
| 19 | 57788 | 7355 | 2601 = 35,09 % | 12,72 |

## Tabelle II.

| Jahr | Geburtenzahl: Todeszahl = % | Abortzahl: Todeszahl | % Verhältnis der Todesfälle |
|---|---|---|---|
| 1919 | 3648 : 25 = 0,68% | 665 : 9 = 1,35% | 0,68 : 1,35 = 1 : 1,98 |
| 1920 | 4142 : 24 = 0,57% | 757 : 21 = 2,45% | 0,57 : 2,77 = 1 : 4,60 |
| 1921 | 4081 : 17 = 0,41% | 568 : 10 = 0,17% | 0,41 : 0,17 = 1 : 0,41 |
| 1922 | 3706 : 24 = 0,65% | 449 : 6 = 1,32% | 0,65 : 1,32 = 1 : 2,03 |
| 1923 | 3285 : 20 = 0,60% | 343 : 5 = 1,45% | 0,60 : 1,45 = 1 : 2,41 |
| 1924 | 3456 : 13 = 0,37% | 379 : 3 = 0,71% | 0,37 : 0,71 = 1 : 1,91 |
| 1925 | 4280 : 14 = 0,32% | 356 : 2 = 0,52% | 0,32 : 0,52 = 1 : 1,62 |
| 1926 | 4003 : 11 = 0,27% | 385 : 3 = 0,77% | 0,27 : 0,77 = 1 : 2,85 |
| 1927 | 3156 : 7 = 0,22% | 349 : 6 = 1,71% | 0,22 : 1,71 = 1 : 7,77 |
| 1928 | 3944 : 18 = 0,45% | 455 : 6 = 1,31% | 0,45 : 1,31 = 1 : 2,91 |
| 1929 | 2851 : 21 = 0,73% | 392 : 2 = 0,51% | 0,73 : 0,51 = 1 : 0,71 |
| 1930 | 2592 : 14 = 0,54% | 315 : 1 = 0,31% | 0,54 : 0,31 = 1 : 0,57 |
| 1931 | 2305 : 17 = 0,73% | 360 : 4 = 1,11% | 0,73 : 1,11 = 1 : 1,65 |
| 1932 | 1997 : 13 = 0,60% | 319 : 2 = 0,62% | 0,60 : 0,62 = 1 : 1,03 |
| 1933 | 1723 : 12 = 0,69% | 317 : 2 = 0,63% | 0,69 : 0,63 = 1 : 0,91 |
| 1934 | 2050 : 11 = 0,53% | 253 : 2 = 0,39% | 0,53 : 0,39 = 1 : 0,73 |
| 1935 | 2212 : 10 = 0,45% | 240 : 0 = 0,0 | 0,45 : 0,0 = 1 : 0,45 |
| 1936 | 2190 : 12 = 0,54% | 185 : 3 = 1,63% | 0,54 : 1,62 = 1 : 3,0 |
| 1937 | 2167 : 8 = 0,36% | 223 : 2 = 0,89% | 0,36 : 0,89 = 1 : 2,48 |
| 19 Jahre | 57788 : 291 = 0,53% | 7355 : 89 = 1,29% | 0,53 : 1,29 = 1 : 2,43 |

Hierzu ist zu bemerken, daß in der Gesamtzahl der Todesfälle nach Abort auch 26 Todesfälle enthalten sind, deren Ursache nicht in direktem Zusammenhang mit der Schwangerschaftsunterbrechung steht, wohl aber in indirektem, d. h. zeitlichem. Hiervon treffen der größere Teil auf das Jahr 1920 (10), was bei der Zusammenstellung der Zahlen bereits berücksichtigt wurde.

Von den insgesamt verbleibenden 182 Fällen, welche in irgend einer Richtung einen abnormen Verlauf durch Hinzutritt einer komplizierenden Erkrankung zeigten, habe ich die einzelnen Krankengeschichten genauer geprüft, um die Fälle in Untergruppen ordnen zu können. Hierbei ergab sich bezüglich des:

### I. Lebensalters

Unter 20 Jahren waren 20 Personen (2 x 16; 1 x 17; 1 x 18) = 10,9 %
Von 21. bis 30. Lebensjahr 106 Personen = 58,2 %
„ 31. „ 40. „ 51 „ = 28,0 %
„ 41. „ 50. „ 4 „ (älteste 47jähr. Wwe.) = 2,2 %
Unbekannt 1 Person.

### II. Berufes.

Hausfrauen waren 64 Personen = 35 %
Dienst- und Lehrmädchen 103 Personen (je 1 Kinderpflegerin und Schülerin) = 56,5 %
Büroleute oder Angestellte 8 Personen = 4,4 %
Ohne Beruf 7 Personen = 3,8 %.

### III. Personalstandes.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ledigen Standes waren | 104 | Personen | = 57,1 % |
| Verheirateten Standes | 75 | „ | = 41,2 % |
| Witwen | 3 | „ | = 1,6 %. |

### IV. Zahl der Aborte.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Zum erstenmal | Abortus | in | 135 | Fällen = 74,1 % |
| „ zweitenmal | „ | „ | 32 | „ = 17,5 % |
| „ drittenmal | „ | „ | 6 | „ = 3,2 % |
| „ viertenmal | „ | „ | 6 | „ = 3,2 % |
| „ fünftenmal | „ | „ | 3 | „ = 1,6 %. |

### V. Zahl der Schwangerschaften.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Schwangerschaft | in | 75 | Fällen = 41,2 % |
| 2. | „ | „ | 40 | „ = 27,4 % |
| 3. | „ | „ | 17 | „ = 9,3 % |
| 4. | „ | „ | 20 | „ = 10,9 % |
| 5. | „ | „ | 7 | „ = 3,8 % |
| 6. | „ | „ | 9 | „ = 4,9 % |
| 7. | „ | „ | 6 | „ = 3,2 % |
| 8. | „ | „ | 1 | „ = 0,5 % |
| 9. | „ | „ | 2 | „ = 1,1 % |
| 10. | „ | „ | 5 | „ = 2,2 %. |

### VI. Schwangerschaftsalter.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Schwangerschaft | im | 1.—2. | Monat | in 5 | Fällen = 2,7 % |
| „ | „ | 2. | „ | „ 30 | „ = 16,4 % |
| „ | „ | 2.—3. | „ | „ 26 | „ = 14,3 % |
| „ | „ | 3. | „ | „ 45 | „ = 24,7 % |
| „ | „ | 3.—4. | „ | „ 10 | „ = 5,5 % |
| „ | „ | 4. | „ | „ 23 | „ = 12,6 % |
| „ | „ | 4.—5. | „ | „ 9 | „ = 4,3 % |
| „ | „ | 5. | „ | „ 18 | „ = 8,6 % |
| „ | „ | 5.—6. | „ | „ 14 | „ = 7,6 %. |

Ungenau bekannt in 7 Fällen.

### VII. Kriminalität.

Uebereinstimmend haben die verschiedenen Autoren, wie Schäfer, Nürnberger und Th. Heinemann darauf hingewiesen, daß es besonders schwierig ist, den kriminellen Anteil der festgestellten Aborte mit annähernder Wahrscheinlichkeit zu eruieren. Eine relative Möglichkeit hierzu böten allein die großen Kliniken und Krankenhäuser, in welche derartige Opfer ihre letzte Zuflucht bei steigender Gefahr nehmen müßten. Auf Grund solcher Erfahrungen hat Heinemann in Hamburg eine Kriminalität von 70 % errechnet, und dazu bemerkt: „Tatsächlich wird wohl auch in Hamburg der kriminelle Anteil 90 % betragen, wie in anderen Kliniken. Und dabei ist es von erheblicher Bedeutung, daß von den Frauen, welche bereits Geburten durchgemacht haben, doch wahrscheinlich eine große Anzahl den Abort selbst einzuleiten verstehen."

Als Vergleichsmaterial aus neuerer Zeit kann ich hier nur die Dissertation von Gertrud Pötters aus dem gerichtlich-medizinischen Institut des Hafenkrankenhauses in Hamburg (Prof. Brack) anführen; sie umfaßt alle von 1908 bis mit 1931 dort sezierten derartigen Fälle, insgesamt 238. Den Höhepunkt in der Jahreskurve erreichte das Jahr 1919 mit 22 kriminellen nachgewiesenen Aborten mit Todesfolge. An zweiter

Stelle folgte das Jahr 1920 mit 20 Fällen. Dem Lebensalter nach dominierte das 25. Lebensjahr mit 16 Todesfällen bzw. das 22. Lebensjahr mit 14 Todesfällen. An letzter Stelle steht ein derartiger Todesfall im 50. Lebensjahr der Mutter. Darunter waren 96 Frauen verheiratet, also nicht ganz die Hälfte.

Aus meinem Material will ich zunächst die 14 Fälle anführen, in denen die Kriminalität mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen bzw. sogar zugegeben worden ist.

**1. Fall:** 1919. 34jährige Ehefrau im Zustand der 4. Schwangerschaft 3. Monats. Von früheren Geburten keine Besonderheiten angegeben. Tritt mit 38,5° Fieber in die Klinik ein. Es erfolgt Kürettage und Spülung. Da am 7. Tage noch kein Temperaturrückgang erfolgt, wird Uterusspülung mit Jodinamea gemacht. Dabei gelangt man auf einen harten Gegenstand. Hierauf gesteht die Pat., sich eine Beinstopfnadel eingeführt zu haben. Am nächsten Tag erfolgt die Entfernung einer 8 cm langen Nadel. In den nächsten 6 Tagen keine wesentliche Veränderung. Am 7. Tage werden hämolytische Streptokokken im Blut festgestellt. 2 Tage später **Exitus.** Sektionsergebnis unbekannt.

**2. Fall:** 1920. 19jährige ledige Expedientin im Zustand der 1. Schwangerschaft, angeblich 4. Monat. Kommt mit 38,6° Fieber in die Klinik. Auf Vorhalt gibt sie zu, sich selbst **vor 8 Tagen eine Lysolspülung mit einer „Mutterspritze“,** welche sie von einer Hebamme entlehnt habe, gemacht zu haben. Schon vor 2 Monaten habe sie einen ähnlichen Versuch gemacht. Hier in der Klinik erfolgt nach 5tägigem Aufenthalt die Ausstoßung der Frucht. Trotzdem bleibt auch nach einer Kürettage die Temp. gleich hoch. Es erfolgt rasch zunehmender Verfall mit Atemnot und Cyanose. Am 8. Tage Exitus. Auf gerichtliche Anordnung erfolgt Sektion mit dem Ergebnis: Gasembolie und Sepsis, jauchige Endometritis.

**3. Fall:** 1920. 38jährige Ehefrau im Zustand der 5. Schwangerschaft, etwa 4.—5. Monat? Vorher kein Abort. Wird mit 40,9° Fieber in benommenem Zustand in die Klinik aufgenommen. Nach 2 Tagen gesteht sie, sie habe sich von einer Hebamme durch das „Einführen eines Instrumentes abtreiben“ lassen. Am Fötus findet sich eine entsprechende Verletzung durch dieses. Am 4. Tage plötzlich Exitus. Sektionsergebnis: Eiterige Endometritis, Pelveoperitonitis, Puerperalsepsis.

**4. Fall:** 1920. 17jähr. ledige Kontoristin, erster Abort im 5. Monat(?), ohne vorausgegangene Schwangerschaften. Tritt mit 39° Fieber in die Klinik ein. Gibt zu, eine frühere Hebamme habe ihr am Tag vorher eine „Spritze mit weißer Flüssigkeit“ in die Gebärmutter gemacht, um das Kind abzutreiben. Am nächsten Tag erfolgt in der Klinik Ausräumung. Der Zustand verschlechtert sich rasch. Am folgenden Tage bereits Exitus. Sektionsergebnis: Sepsis.

**5. Fall:** 1921. 21jährige ledige Köchin, mit 2. Abort im 3. Monat. (1. Abort im 3.—4. Monat angeblich ohne Störung verlaufen.) Tritt mit 38,6° Temperatur und 126 Puls in die Klinik ein. Die Frage nach einem kriminellen Eingriff wird zwar geleugnet, erscheint aber trotzdem sehr berechtigt. Der Leib ist druckschmerzhaft, aus dem Uterus entleert sich jauchiges Sekret. Ueber Nacht rauchbraune Verfärbung der Haut der Patientin, Dyspnoe, Cyanose, Benommenheit, Hautjucken, allgemeiner Verfall. Exitus. Sektionsergebnis: Allgemeine fudroyante Gasbazillensepsis. Schaumherz, Leber, Milz, Nieren im Zerfall, hochgradige Hämolyse.

**6. Fall:** 1921. 18jährige ledige Schneiderin, mit 1. Abort im 3.—4. Monat. Tritt mit 40,6° Fieber in die Klinik ein, es erfolgt eine Kürettage und Spülung. Am nächsten Tage steigen Temp. und Puls, der Leib ist gespannt und sehr druckschmerzhaft. Kolpotomie des hinteren Scheidengewölbes ergibt etwas bräunliche Flüssigkeit. Auf dem Fluorausstrich wachsen Colibazillen und Streptokokken. Durch 3 Wochen hindurch dauernd hoher Puls und Temperatur. Patientin verfällt immer mehr und gab schließlich zu, daß ein Abtreibungsversuch vorgenommen worden sei. Nähere Angaben verweigert sie. Exitus. Sektionsergebnis: Sepsis.

**7. Fall:** 1922. 32jährige Ehefrau in der 4. Schwangerschaft, angeblich 5. Monat. (Der frühere Abort sei im 4. Monat komplikationslos verlaufen.) Tritt mit 38,5° Fieber in die Klinik ein. Das Benehmen des Mannes ist sehr verdächtig. Auf genauere Befragung gibt er zu, daß ein krimineller Eingriff zur Eröffnung des Muttermundes außerhalb der Klinik gemacht worden sei. Nähere Angaben werden verweigert. Hier in der Klinik erfolgt die spontane Ausstoßung der Frucht. Der Leib bleibt hart. Das Gesamtbild macht einen septischen Eindruck. Nach 2 Tagen erfolgt eine Ausschabung und heiße Spülung. Trotzdem bleibt die Temp. hoch und der Verfall schreitet fort. Nach 4 Tagen tritt der Exitus ein. Ursache: Sepsis.

**8. Fall:** 1925. 34jährige Ehefrau in der 4. Schwangerschaft, angeblich im 3. Monat. Ein Abort ohne Besonderheit soll vorausgehen. Tritt mit 40° Temperatur in die Klinik ein. Patientin gibt zu, daß bei ihr eine Einspritzung mit Seifenwasser in die Gebärmutter gemacht worden sei, um die Frucht abzutreiben. Es erfolgt eine Kolpotomie, jedoch fand sich kein Exsudat. Am nächsten Tage begann die Ausstoßung der Frucht. Auf eine Kürettage und Spülung beginnt ein langsamer Temperaturrückgang. Nach weiteren 8 Tagen Entlassung und nach 1 Woche zu Hause Exitus.

**9. Fall:** 1927. 24jährige ledige Frau, ohne Beruf im Zustand der 1. Schwangerschaft, etwa 2. Monat; ohne früheren Abort. Patientin kommt mit 38° Fieber in die Klinik, sieht sehr anämisch aus und blutet angeblich seit 5 Wochen. Es wird eine Kürettage und Spülung gemacht. Patientin gibt zu, „sich selbst eingespritzt" zu haben. Konservative Behandlung. Temperatur ständig um 39°. Nach 12 Tagen Exitus. Sektionsergebnis: Chronische Sepsis und Anämie.

**10. Fall:** 1929. 28jährige ledige Putzerin im Zustand der 1. Schwangerschaft, etwa 2. Monats. Kommt mit 38,4° Fieber in die Klinik. Sie gibt zu, sich mit Lysolwasser eine Spritze gemacht zu haben. Starke Leibschmerzen und Schüttelfrost. Die Kolpotomie ergab kein Exsudat. Blasensprung und Spontangeburt am folgenden Tag. Wegen starker Blutung wird die Plazenta mit der Hand in Toto herausgeholt. Danach Spülung. Am Abend tritt ein Schüttelfrost auf. Am nächsten Tage Exitus. Todesursache: Fudroyante Sepsis nach Abort, vielleicht kombiniert mit Gas- oder Luftembolie des Gehirns.

**11. Fall:** 1930. 26jähr. ledige Köchin in einem Zustand der 1. Schwangerschaft im 3. Monat. Kommt mit 39,8° Fieber in die Klinik. Es erfolgt sofort eine Kürettage und Spülung. Hohes Fieber, aufgetriebener Leib, Schmerzen in der unteren Bauchgegend weisen auf Bauchfellentzündung hin. Am nächsten Tag erfolgt die Eröffnung der Bauchhöhle im hinteren Scheidengewölbe; es entleert sich etwa ¼ Liter Eiter. Drainage. Am nächsten Tag Exitus. Die Frau hatte angegeben, daß ihr eine Hebamme eine Einspritzung von warmem Wasser in die Gebärmutter gemacht habe. Weitere Aussagen werden verweigert.

**12. Fall:** 1931. Ein 25jähr. lediges Dienstmädchen im Zustand der 1. Schwangerschaft des 3. Monats. Kommt mit 39° Fieber in die Klinik. In Narkose wird eine stinkende Plazenta entfernt. Es fand sich an der vorderen Scheidewand ein pfenniggroßer, kraterartiger Defekt, dessen Ränder schmutzig belegt waren. Patientin leugnet zwar jeglichen Eingriff, jedoch ist hier ein Abtreibungsversuch höchstwahrscheinlich. Das septische Fieber hält an. Exitus nach 6 Tagen. Die Sektion ergibt: Peritonitis nach eitriger Endo- und Myometritis nach Abort.

**13. Fall:** 1931. 33jährige Ehefrau im Zustand der 3. Schwangerschaft im 3. Monat nach einem vorausgegangenen Abort. Patientin hat sich, wie sie zugibt, 8 Tage vor Eintritt in die Klinik eine Spritze Salzwasser in die Gebärmutter gemacht. 3 Tage später trat Schüttelfrost auf. Dauernd über 38° Fieber. In der Klinik erfolgt eine Kürettage und Spülung. Es werden starke Schmerzen in der rechten unteren Bauchseite angegeben. Die Temperatur steigt. Die Blutkultur ergibt: Hämolytische Streptokokken. Nach 3 Wochen Exitus. Todesursache: Streptokokken-Sepsis.

**14. Fall:** 1934. 21jähr. Dienstmädchen im Zustand der 2. Schwangerschaft, etwa 2. Monat. Vom 1. Abgang macht sie keine besonderen Angaben. Kommt jetzt mit 37,8° Temperatur in die Klinik und gibt zu, daß sie sich eine Seifenwassereinspritzung in die Gebärmutter gemacht hat. Am gleichen Tage wird eine Kolpotomie vorgenommen. 10 Tage später Ausstoßung des Eies und beginnende Peritonitis. Nach 2 weiteren Tagen entleert sich aus der Kolpotomiewunde Eiter. Zunehmender Verfall. Nach 9 weiteren Tagen Exitus. Todesursache: Septische Peritonitis nach Abort.

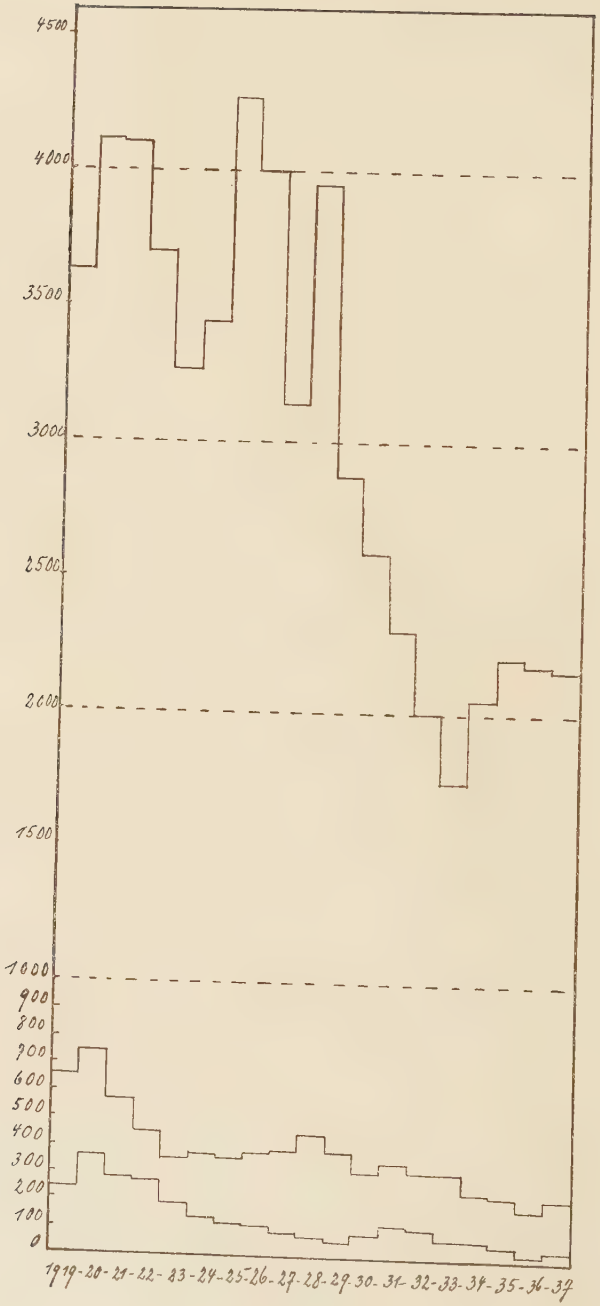
Hieraus ergibt sich, in der zeitlichen Anordnung dieser wenigen nachgewiesenen kriminellen Fälle eine doppelte Gipfelbildung:

(Siehe Bild Seite 14.)

1920—23 und 1927—29. Bedeutsam erscheint mir hierbei die Tatsache, daß 1920—23 dem Hochstand der Normalgeburten auch eine hohe Sterbezahl der Mutter infolge derselben entspricht; während zur Zeit des zweiten Gipfels, 1927—29, die Normalgeburtenzahl schon eine deutlich sinkende Neigung zeigt, im Gegensatz zur steigenden Todesfallkurve.

Dieselbe Steigerung zur gleichen Zeit finden wir 1920—22 in den Ziffern der klinisch behandelten Aborte mit unverhältnismäßig hohen Todesziffern; ebenso nochmals eine Steigerung der Abgangszahlen 1927/29 ebenfalls mit erhöhten Verlusten an Menschenleben.

Jedermann weiß eine sehr naheliegende und natürlich erscheinende Erklärung für diese Vorgänge zu geben, der diese Jahre selbst in Deutschland und besonders in München durchlebt hat: Unmittelbar nach dem Kriege, hier wie überall, ein plötzliches Emporschnellen der Geburtenzahl, also auch der Todesfälle infolge derselben. Gleichzeitig auch ein erhebliches Steigen der Abgänge bzw. Abtreibungen mit entsprechenden Verlustzahlen. Es liegt wohl die Vermutung sehr nahe, welche auch Thea Heinemann schon ausgesprochen hat, daß noch mancher tödliche Verlauf einer Abortierung „aus anderen Gründen", wenn auch nicht mit Sicherheit nachweisbar (denn nur solche konnten entsprechend registriert werden), so doch wahrscheinlich ursächlich auf die verbotenen Eingriffe zurückzuführen sein dürfte. Schon die mehrmals verzeichnete Verweigerung der Erlaubnis zur Sektion darf als derartiges Verdachtsmoment gewertet werden. Außerdem entspricht es dem Tiefstand der damaligen revolutionären Justizpflege, daß in keinem Falle ein unseren heutigen Rechtsbegriffen entsprechendes Verfahren (abgesehen von der gerichtlich angeordneten Sektion) zur Durchführung gekommen ist.


4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
1919-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37

Während nun die Geburtenkurve nach dem beschriebenen zweiten Gipfelpunkt 1927/29, der indessen kaum die halbe Höhe des ersten erreicht hat, unaufhaltsam und beinahe bedrohlich bis 1933 abfällt, (1442—1723) und in gleichem Maße damit auch die Todesfälle, erhält sich die Kurve der Abgänge nach dem zweiten Gipfel 1927/29 immerhin auf gut halber Höhe (757—317) wie zu Beginn unserer Untersuchungsperiode, bis 1933 ein geradezu überraschender Abfall eintritt: wiederum ein deutliches Spiegelbild der damaligen politischen und sozialen Bewegung des Volksganzen.

Der nationalsozialistische Umbruch brachte sofort eine deutliche Steigerung der klinisch beobachteten Normalgeburten, 1723—2212 (1935), bei im ganzen gleichbleibenden Todesverlusten. Gleichzeitig aber beobachten wir ein rapides Absinken der klinisch behandelten Aborte, ebenfalls eine wohlverständliche Folge der neuen sozialistischen Gesetzgebung, d. h. der grundsätzlichen Verfolgung aller Aborte und deren Ursachen.

Endlich ersehen wir aus der Kurve der Normalgeburtenzahl 1936/37 bereits wieder einen leichten Rückgang derselben, soweit sie in der Klinik zur Behandlung kamen. Entsprechend auch eine mäßige Steigerung der Aborte (klinisch behandelt), wobei allerdings die sonst erwartete Steigerung der kriminellen Anteile vollständig ausbleibt — ein Zeichen des sehr begrüßenswerten Gesundungsprozesses unserer Volksentwicklung.

Gegenüber den oben besprochenen tödlich verlaufenen planmäßigen Abtreibungen mittels verbotener Einwirkungen, steht die geringe Zahl von 3 ärztlicherseits aus Heilgründen veranlaßten Unterbrechungen der Schwangerschaften.

**1. Fall:** 1920. Eine 38jährige Ehefrau, welche bereits zwei Aborte und 8 Schwangerschaften durchgemacht haben will, kommt 3 Wochen nach der letzten Entlassung wegen neuerlicher Blutungen in die Klinik. Wegen allgemeiner Tuberkulose war die Unterbrechung der Schwangerschaft durchgeführt worden. Es erfolgt Ausräumung und Spülung und die Feststellung eines Adnextumors. Da am 4. Tage keine Blutungen mehr eintreten, erfolgt die Entlassung.

**2. Fall:** 1934. Eine 22jährige ledige Heimarbeiterin kommt im Zustand der 1. Schwangerschaft (ohne vorausgegangenen Abort) angeblich im 5. Monat ohne Temperatur-Steigerung in die Klinik. Es wird hier eine Ankylose des Hüft- und Kniegelenkes (Tuberkulose) festgestellt, daher erfolgt 3 Tage nach Einleitung des Abortes der kleine Kaiserschnitt zur Vollendung desselben. Der Zustand nach der Operation war zunächst zufriedenstellend. Einige Tage später jedoch stellten sich peritonitische Erscheinungen ein (hohes Fieber, schlechter frequenter Puls, gespannter Leib). Nach 2 Tagen Exitus an Peritonitis.

**3. Fall:** 1937. Eine 23jährige ledige Kontoristin im Zustand der 1. Schwangerschaft, wahrscheinlich 4. Monat wird zur Vornahme des Abortes mit anschließender Sterilisation wegen epileptischer Anfälle in die Klinik eingewiesen. Nach Kürettage und Spülungen stellen sich septische Temperaturen, Brechreiz, Druckschmerz in der Beckengegend ein. Diagnose: Pelveoperitonitis und Adnexitis sinistra. Nach 1½ Monaten geheilt entlassen.

In allen übrigen Fällen (166) war die klinische Behandlung in aktivster Form auf die Rettung zum mindesten des mütterlichen Lebens mit überwiegend gutem Erfolge gerichtet.

Trotz schwerster und vielfach sogar bedrohlicher Komplikationen und mehrfacher Kombinationen:

| | | |
|---|---|---|
| Adnexitis (einfach und doppelseitig) in | 52 | Fällen |
| Para-, Peri- und Endometritis in | 30 | „ |
| Douglas-Abscesse in | 35 | „ |
| allgemeine Peritonitis in | 22 | „ |

wurde fast in jedem Krankheitsfalle die Kürettage mit antiseptischer Spülung, evtl. totale oder ergänzende Ausräumung der Nachgeburt und nötigenfalls wiederholte Kolpotomie zur Ableitung der infizierten Körperflüssigkeiten vorgenommen. Trotzdem waren 89 Todesfälle zu beklagen, und zwar:

| | | |
|---|---|---|
| 30 | durch eitrige Peritonitis | = 33,6 % |
| 40 | durch allgem. Sepsis | = 44,9 % |
| 9 | durch Verblutung | = 10,1 % |
| und 10 | durch andere Ursachen (Pneumonie, Embolie, Endokarditis, sept. Angina) | = 11,2 %. |

Bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges dieser schweren Störungen allgemeiner Art mit dem Abortierungsprozeß, verweise ich auf die oben gemachten Bemerkungen. Jedenfalls scheint das Verhältnis der Todesfälle nach Geburten zu denen nach Aborten: 0,53 zu 1,29 = 1, : 2,43, so bedenklich hoch zu Ungunsten der Aborte, daß diese Verhältnisse noch sehr eingehend untersucht und in ihrer Auswirkung radikal bekämpft werden müssen.

Es erscheint mir daher dringend wünschenswert, daß durch möglichst zahlreiche Untersuchungen gleich gegliederter und gleichgerichteter Art aus möglichst vielen großen klinischen Instituten diese für das Volkswohl so ungeheuer wichtigen Fragen bearbeitet werden, bisher konnte ich keine mit meinen Feststellungen ohne weiteres vergleichbare Veröffentlichung finden.

Ich möchte mir deshalb erlauben, an dieser Stelle auf eine ganz ungeheuerliche und einzigartige Beobachtung hinzuweisen, nämlich auf das Riesenexperiment der Sowjetregierung von Rußland durch die gesetzmäßige Freigabe der Abortierung im Jahre 1920.

Die genauere Information hierüber verdanken wir der verdienstvollen Tätigkeit des Tübinger Prof. Dr. A. Mayer, welcher im Jahre 1932 den amtl. Bericht über die Verhandlungen des ersten allg. Ukrainischen Kongresses der Geburtshelfer und Gynäkologen in Kiew vom 23.—28. Mai 1927 ins Deutsche übersetzt und in einer Sitzung der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 29. Mai 1932 in Freiburg i.Br. vorgetragen hat. Diesem, seinem Autorreferat, welches im Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 46/1932 erschienen ist, folge ich hauptsächlich mit den nachstehenden Aufzeichnungen.

Für die gesetzliche Regelung waren folgende Bestimmungen maßgebend:

1) Dekret Semaschkow vom 18. November 1920,
2) Ergänzungsgesetze vom 3. November 1924 und vom Jahre 1926 (Levy).

Der eigentliche Sinn des ganzen Gesetzwerkes liegt in der Absicht, den kriminellen Abort wegen seiner Gefahren für Gesundheit und Leben der Mutter zu bekämpfen und denjenigen Frauen, welche eine derartige wirksame ärztliche Hilfe notwendig haben, eine solche zu gewähren, d. h. mit anderen Worten „die staatliche Genehmigung des Abortes aus sozialen Gründen" wie Dr. Tschernomordik aus Kursk das Gesetz näher erläutert hat. Damit sollte der kurpfuscherische Abort, welcher in allen Staaten der Welt in breitem Umfange betätigt werde und sich zum wahren Volksübel ausgewachsen habe, unter die öffentliche Kontrolle des Staates gestellt und nach Möglichkeit beseitigt werden.

Neu und grundlegend war der Begriff der „sozialen Indikationen“ bestimmt worden, d.h. jene Umstände, unter denen die Notwendigkeit der Beseitigung der werdenden Leibesfrucht hinsichtlich der persönlichen Lage und Verhältnisse der Mutter von staatswegen anerkannt und deshalb auch auf Staatskosten und mit staatlicher Hilfe durchgeführt wird.

Diese jeweiligen Umstände, rein wirtschaftlicher, also nicht medizinisch gesundheitlicher Art, sollen nach den Ausführungen von Tschernomordik von einer hauptamtlichen Kommission, der sogen. Abortkommission, jeweils eingehend und rein sachlich festgestellt werden. Hierzu erfolgt ärztlicherseits lediglich die gutachtliche Aeußerung darüber, daß gesundheitliche Gegengründe gegen die Operation nicht vorliegen. Hierdurch sollte wohl eine gewisse Einschränkung der Häufigkeit der Zustimmung seitens der Kommission erreicht werden. (Kirillow aus Poltawa.)

Die Aerztin Dr. M. B. Bortschewskaja hat aus dem Krankenhaus für Angestellte der Eisenbahn in Kiew über ihre einschlägigen Erfahrungen aus den Jahren 1924—26 ein Referat erstattet und zu diesem Zweck die gesetzlichen Bestimmungen zusammenfassend betont: „Alle unsere Beobachtungen ergeben eine stets steigernde Zahl der Aborte, welche durch keinerlei repressive Maßnahmen aufgehalten werden können. Sie erfordern aber gerade deshalb auch die Ausarbeitung von Bekämpfungsmaßnahmen wie sie die Regierung vorgeschlagen hat“. Die Referentin spricht weiterhin die Hoffnung aus, „daß die hohe Zahl der Aborte, welche im engsten Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Notlage des Landes und der Familien und insbesondere der werktägigen Frauen stehe, bedeutend sinken werde durch bzw. nach der Hebung des Wohlstandes des Staates; dieser müsse es verstehen, in gebührender und ausreichender Weise die Sorge für Mutter und Kind zu übernehmen. Einstweilen aber sei das einzige Mittel, die Frau vor der Notwendigkeit der Aborte zu schützen, darin gegeben, daß man sie mit der vernünftigen Anwendung der uns zur Zeit zur Verfügung stehenden, die Empfängnis verhütenden Mitteln genügend vertraut mache.“

Ergänzend hierzu bemerke ich noch, daß in jedem Fall die Unterbrechung der Schwangerschaft aus wirtschaftlichen Gründen tunlichst auf die ersten drei Monate der Gravidität beschränkt werden sollte, um die Gefahren des Eingriffes möglichst klein zu halten. Die Dauer der jeweiligen Schwangerschaft sollte dabei durch ärztliche Untersuchung, nicht durch Befragen der Frauen festgestellt werden.

Die Entscheidung über die wirtschaftliche Notlage wurde, wie schon angeführt, von einer besonderen Instanz, der sogenannten Abortkommission getroffen. Die Tätigkeit derselben befriedigte aber auf die Dauer keineswegs; insbesondere in Hinsicht auf den Platzmangel in diesen Krankenhäusern zog sie die Entscheidung vielfach bis nach dem 3. Monat der Schwangerschaft hin, so daß die Unterbrechung gesetzlich nicht mehr erlaubt gewesen wäre. Die auf solcher oder anderer Grundlage Abgelehnten gingen dann vielfach zum Kurpfuscher, fanden dort die Erfüllung ihres Wunsches und kehrten im Zustande des begonnenen Abortes als „dringliche Aufnahme“ ins Krankenhaus zurück. Deshalb wurden die Abortkommission allmählich und teilweise abgebaut. **(Benderskaja, Laptow, Schinkar.)**

Die Durchführung des Eingriffes wurde ursprünglich nur für bestimmte Krankenhäuser, die sogen. Abortarien reserviert. In diesen, natürlich staatlichen bzw. städtischen Anstalten sollte sie völlig unentgeltlich erfolgen. Später aber, als der Andrang so groß wurde, daß die Betten in diesen Häusern nicht mehr ausreichten, ging man dazu über, je nach der wirtschaftlichen Lage der Familien, eine geringe Entschädigung in Höhe der Selbstkosten zu verlangen. Die Durchführung der Behandlung in privaten Häusern bzw. in privaten Kliniken war von Anfang an nicht

gewünscht, aber auch nicht verboten und mußte dann auch notweise gestattet werden, wenn auch unter teilweiser, wenigstens förmlicher Kontrolle des Staates in Form einer Meldepflicht. Seit neuerer Zeit sollen die privaten Konzessionen wieder rückgängig gemacht worden sein, worüber ich aber keine genaueren Einzelheiten erfahren konnte. Die Behandlung außerhalb der staatlichen Krankenhäuser erfolgte natürlich auf private Kosten **(Areschew, Tikanadse).**

Die Wirkungen dieser höchst bedeutsamen und einschneidenden gesetzlichen Bestimmungen waren in mehrfacher Hinsicht ebenso überraschend wie schwerwiegend und sollen daher in gedrängter Kürze erörtert werden.

Als die für die Unterbrechung bevorzugte Methode ergab sich die Dilatation nach Hegar und Abrasio, zum Teil sogar ohne Narkose und grundsätzlich in einer Sitzung, zumal die Laminariastifte als Importartikel fehlten.

Unter den akuten Gefahren scheinen die Verletzungen (Durchbohrungen) keine so große Rolle zu spielen; immerhin werden Cervixrisse, Lazerations-Ektropium mit nachfolgenden Aborten und Lage-Anomalien bei den folgenden Schwangerschaften öfters erwähnt. Insbesondere Uterus-Perforationen sollen selten gewesen sein, z. B. 4 auf 5000 = 0,08 % oder gar nur 0,04 % nach Sternberg. (Kolonskij) Triger hält freilich die Perforationsgefahr für nicht so klein und betont, daß das Unglück auf alle Fälle viel häufiger gewesen sein werde als bekannt gegeben wurde. Die zunehmende Uebung des Operateurs spielte dabei natürlich eine wichtige Rolle. Die Behandlung der Perforation besteht nicht grundsätzlich in der Laparotomie, sondern nur bei Blutungen oder Nebenverletzungen, sonst „abwarten", womit man in 75 % der Fälle ausgekommen sein will.

Die Sterblichkeit nach künstlichem Abort soll gerade nicht sehr groß gewesen sein z. B. 13 : 1815 = 0,7 %, trotzdem immerhin mehr als nach normalen Geburten, betont Areschew und Barskij. Bei ganz reinen Krankenhausfällen soll die Sterblichkeit sogar 0 % betragen haben wie Bortschefskaja und Marianschik und Sternberg gelegentlich mitteilten.

Als Todesursache kommen nach Barskij und Areschew fast ausschließlich schwere Infektionen in Betracht; diese sollen aber von 15 % auf 1,25 % gesunken sein (Tikanaze).

Dagegen sind leichte Fieberfälle sehr häufig; 37,5 Grad wird in über 90 % erreicht (Sserdjukow), bis 39 Grad kämen jedoch nur 1,3 %; (Ssoraka) fand beim ärztlichen Abort leichte Komplikationen in 5,1 % und schwere in 1,4 %; aber die relative Seltenheit liege wohl zum großen Teil auch daran, daß die Frauen schon nach drei Tagen entlassen werden mußten (Zomakion). Seitdem die Entlassung erst nach fünf Tagen erfolgte, sind die entzündlichen Frühkomplikationen auf 10 bis 14,5 % gestiegen (Kyrillow, Laptew, Poduschko). Das nach 5 Tagen auftretende Spätfieber ist dabei noch gar nicht mitgerechnet. Viele der Entlassenen kämen schon nach wenigen Tagen wieder mit schwerer infektiöser Komplikation ins Krankenhaus zurück. (Laptew, Kyrillow. Ulijenowskij).

Interessant erscheint auch die Beobachtung von Barskij, daß die allgemeinen septischen Erkrankungen bei **Früh**abort mit 0,7 % viermal so hoch waren, wie bei den **Spät**aborten mit 0,18 % (3 Monat-Grenze). Umgekehrt ist die Zahl der Adnexerkrankungen bei den Spätaborten fast zweimal größer (1,3 %) als bei den Frühaborten. Nach Bublitschenko erhöhen sich bis zum 4. Monat Erkrankungen und Sterblichkeit umsomehr, je später unterbrochen wird."

Neben der Entstehung neuer Infektionen handelt es sich nach Barskij nicht selten um das Aufflackern alter von früheren Aborten zurückgebliebener Herde. Allgemein septische Erkrankungen waren daher nach vorausgegangener Fehlgeburt viermal häufiger, Adnexerkrankungen zweimal häufiger als beim ersten Abort; ebenso zeigten die gonorrhoischen Infektionen eine starke Zunahme.

Außer der Infektionsgefahr kommt nach den Untersuchungen von Zomakion als Folge der Abrasio häufig Narbenbildung in der Schleimhaut vor, örtlich verschieden je nach der Stärke der Ausschabung; als deren Folge sind am inneren Muttermund Stenose mit Dysmenorrhoe bzw. Oligomenorrhoe (74 %), Amenorrhoe (10 %), Neigung zu Sterilität und habituellem Abort besonders gefürchtet. (Sserdjukow und Zomakion.)

Als eine weitere Nachwirkung der Abrasio bezeichnet letzterer den Wegfall der innersekretorischen Tätigkeit der Dezidua, der Glandula myometralis mit ihrem besonderen Lipoidgehalt und dessen hemmender Rückwirkung auf Eierstock und Uterus.

Am Ovarium fand Sserdjukow in 90 % der Fälle Störungen der Follikelfunktion, klein-cystische Degeneration, Atrophie des Parenchyms, Verdickung der Albuginea und demzufolge wieder Oligo- bzw. Amenorrhoe und Sterilität, welche dieser Autor, allerdings ohne Erfolg, mit Implantation von Ziegen- und Affenovarien zu behandeln versucht hat.

Besonders interessant sind auch die Berichte von Zomakion über seine Beobachtungen von Veränderungen am Uterus selbst, teils im Sinne der Atrophie, teils der Hyperplasie, welche nach seiner Erfahrung gleichfalls zu den genannten Folgezuständen führen.

Nach Lewit und Poduschko sollen die entzündlichen Nachkrankheiten in gesteigertem Maße zur Beobachtung gekommen sein, also Para- und Perimetritis und Adnexitiden, von denen 20 % als Folgen der Abrasio bezeichnet werden, und zwar 25 % als Frühfolge und 75 % als Spätfolge des Eingriffes. So bekamen nach **Poduschko** von 219 Fällen von Abortus artifizialis 121 Komplikationen; 108 = 89,25 % dieser Aborte waren von Fachärzten in verschiedenen Kliniken ausgeführt worden. Unter 264 wegen entzündlichen Erkrankungen Operierten hatten 96 = 36,3 % Aborte in den Vorgeschichten (Radomysliskaja). Mit Rücksicht hierauf sagt Laptew „chronische Entzündungen an der Gebärmutter und den Adnexen sowie Aborte ohne Ende, das ist das Erbe dieser Jahre".

In aller Kürze sei noch auf die Ausführungen von Kirillow, Areschew, Gerinschstein, Laptew u.a. hingewiesen, in denen das erheblich gesteigerte Vorkommen von Tubar-Schwangerschaft nach vorausgegangenen Aborten berichtet wird. Z.B. auf 3790 Aborte folgten 59 Extra-uterine Graviditäten = 1,3 %; andere Autoritäten nennen bedeutend höhere Zahlen in diesem Zusammenhang.

Bedenklich erscheinen die Rückwirkungen auf die späteren Geburten, wie Zomakion, Lidwak und Laptew feststellten. Je mehr Aborte, desto häufiger Streptokokken im Vaginalsekret, desto schlechter der sogen. Reinheitsgrad; darum fand sich febris sub partu oder Fruchtwasser-Infektion nach früheren Aborten in 32 % gegen sonst nur 9,5 % der Fälle.

**Die Geburtsdauer** war mehr als verdoppelt; abnorme Verlängerung der Plazenta-Periode fand sich 7 bis 8mal häufiger und wuchs mit der Abortzahl. Unvollständigkeit der Plazenta war mehr als verdoppelt; Plazenta akreta, manuelle Lösungen, Plazenta praevia waren sogar vervielfacht. Der Blutverlust in der Nachgeburtsperiode war nach Terepinskaja vermehrt; Eihautretentionen und Subinvolutio uteri fanden sich zweimal bis dreimal, öfter, nach vorausgegangenem Abort in 33 %, ohne ihn in 12 %.

Sserdjukow wies noch auf die Zunahme der Todgeburten und der Mazeration der Früchte infolge langer Geburtsdauer oder degenerativer Veränderungen der Plazenta nach vorausgegangenen Aborten hin. Ja selbst eine Verdoppelung der Eklampsie will Litwak festgestellt haben, so daß man „immer mit Komplikationen während und nach der Geburt und mit einem großen Prozentsatz von Todgeburten zu rechnen habe".

Außer diesen mehr örtlichen und speziell gynäkologischen Schäden kommen aber auch allgemeine Nachwirkungen für die Gesamtperson hinsichtlich Seele und Körper in Betracht, welche durch Sselinzkij und Sserdjukow in besonderer Weise dargestellt wurden. Ist die Unterbrechung des durch die Schwangerschaft fundamental umgestellten endokrinen Geschehens an sich schon ein überaus gewalttätiger Eingriff, so fällt für die aus ihm entstehende Gesamtführung die unvermittelte Plötzlichkeit noch besonders ins Gewicht. „Die Plötzlichkeit des Schlages trägt eine Anarchie in die Wechselbeziehungen der endokrinen Drüsen hinein, deren Ausgang unter Umständen sehr unerwartet sein kann". (Zomakion). Besonders bedenklich erscheint ihm das biologische Trauma bei Unterbrechung gleich der ersten Schwangerschaft, „da ein noch nicht ausgewachsener Organismus diese viel schlechter erträgt, als ein schon voll entwickelter und in seiner Formung abgeschlossener Organismus." (Sselinskij und Zomakion.) Diese beiden Autoren, sowie Ewenschow und die Aerztin Bordschewskaja betonen die bekannte Tatsache, daß die Geschlechtsorgane der Frau und deren gesamter Organismus ihre vollkommene Entwicklung vielfach erst dann erreichen, wenn sie durch die erste Schwangerschaft und Entbindung durchgegangen sind. Im negativen Falle zeigt sich das Fehlen dieses Impulses besonders nachteilig bei infantilen und hypoplastischen Organismen, welche dadurch stabilisiert und zur sekundären Sterilität gebracht werden. Dieser Schaden erscheine umso größer, als die Mehrzahl der Aborte (etwa 70 %) im Alter vom 20. bis 30. Lebensjahre sich abspielen. (Sokol, Sserdjukow, Areschew und Bordschewskaja), somit in jenem blühenden Alter, in dem ein von der Schwangerschaft ausgehender Impuls noch manche Wachstumsverzögerung ausgleichen könnte.

Auffallend oft zeige sich bei Pyknischen als charakteristische Nachwirkung ein auffälliger Fettansatz bis zur Dystrophia adiposo-genitalis und seinen Begleiterscheinungen, bei Asthenischen die sekundäre Sterilität (32 %), verbunden mit Lageanomalien und vielfacher Verstärkung der bisherigen Asthenie-Erscheinungen.

Diese Ausführungen scheinen mir erst in ihrer ganzen Bedeutung richtig betont zu werden durch die statistischen Darlegungen von Lewit-Leningrad. Dieser geht zunächst von einigen Vergleichszahlen europäischer Länder aus: „In Frankreich trägt die Erscheinung des Abortus den Charakter einer Katastrophe; dort übersteigt die Sterblichkeit die Geburten. In Paris werden jährlich mehr als 100000 Aborte ausgeführt. In Lyon kommen auf 9 Geburten 10 Aborte. In New-York werden jährlich 86000 Aborte ausgeführt. In Deutschland kamen 1924 auf 1385000 Geburten 875000 Aborte und 1911 auf eine Abtreibung noch 4 Geburten, während in letzter Zeit die Statistik von Nevermann auf 2 Aborte 3 Geburten angibt".

Aus Rußland wird von allen Autoren ein plötzliches starkes Anwachsen der Aborte gemeldet; aus den eigenen Berechnungen von Lewit ergibt sich folgendes: In den Jahren 1914/1915 und 1916 kam im Mittel ein Abort auf 4 Geburten; dagegen in den Jahren 1924, 1925 und 1926 kam 1 Abort auf 1,7 Geburten. Im Jahre 1913 war das prozentuale Verhältnis der Abtreibungen zu den Geburten 23 und 1926 = 37. Das prozentuale Verhältnis der künstlichen Aborte zur Gesamtzahl der Aborte

betrug 1913 gleich 4, 1926 = 58, d.h. 1913 kam 1 künstlicher Abort auf 0,7 natürliche.

Von großem Interesse dürften die folgenden Untergliederungen sein: Es waren 66 % Hausfrauen, 14 % Angestellte, der Rest Arbeiterinnen und Arbeitslose. 89 % waren verheiratet, der Rest Witwen und ledige Personen. Dem Alter nach waren 75 % der Kranken zwischen 21 und 35 Jahren. Wiederholt Schwangere waren 92 %, erstmalige nur 8 %. Die Gründe zur Ausführung waren: Soziale in 64 %, Tuberkulose der Lunge 30 % und andere Krankheiten 6 %.

Diesen Beobachtungen gegenüber sind die Berechnungen von Dr. E. G. Sokol-Kiew über die „Häufigkeit des Abortus" auf Grund der Verhältnisse in der Lenin-Arbeiter-Klinik in Kiew besonders lehrreich. Auf Vorschlag und unter Anleitung von Privatdozent Dr. M. M. Gerschun hat der Berichterstatter 10068 Fragebögen selbst bearbeitet und daraus folgende Zahlen errechnet:

Es handelte sich um die Jahre 1924, 1925 und 1926. Unter den 10068 Frauen, welche in dieser Zeit im genannten Abortarium behandelt wurden, waren 2090 erstmalig schwanger = 26 %. Von den übrigen Frauen = 74 % waren insgesamt 15477 reguläre Geburten und 8322 Abgänge angegeben worden. Unter den 7978 multigraven Frauen befanden sich 2896 Frauen mit nur regulären Geburten und ohne Fehlgeburten = 36 %. Nachdem diese 7978 Frauen 6763 lebende Kinder zur Welt gebracht haben, trafen je Kopf 2,3 Geburten. Frauen, welche nur künstliche Aborte durchgemacht hatten, waren 723, somit im Verhältnis zu den Frauen mit normalen Schwangerschaften 9,2 %. Diese Gruppe hatte 1083 Aborte = 1,5 je Kopf.

Das Prozentverhältnis aller Fehlgeburten zu Normalgeburten beträgt 53,7 %; das der natürlichen Fehlgeburten zu den künstlichen Fehlgeburten 21,2 %. Als Ursache der zahlreichen natürlichen Fehlgeburten bezeichnet der Autor die schweren Erlebnisse dieser Jahre: Bürgerkrieg, Lebensmittelmangel, schwere körperliche Arbeit, Unterernährung, schwierige familiäre Verhältnisse.

Das Prozentverhältnis aller künstlichen Aborte zu allen regulären Geburten beträgt 44,3 %; die größte Zahl der Fehlgeburten fällt in die Zeit vom 20. bis 30. Lebensjahr. Sokoll schließt mit folgenden Gedanken: „Diese Zahlen wachsen, wenn auch langsam, so doch stetig, trotzdem der wirtschaftliche Wohlstand des Landes sich im Jahre 1927 im Vergleich zu 1924 bedeutend erhöht hat. Daraus können wir schließen, daß nicht nur wirtschaftliche Ursachen die Frauen zum Abortus bringen.

Eine nicht geringe Bedeutung hat das **„moralische Niveau"** der Bevölkerung, sowie das leichte Entgegenkommen der Aerzte und Hebammen aus verschiedenen Erwägungen heraus. Im Jahre 1920 wurde der Abortus in der Union legalisiert; dank diesem Umstande war die Möglichkeit gegeben, die Aborte der Kurpfuscherei zu entziehen — aber scheinbar nicht alle: von 6000 Aborten der Entbindungsabteilung des „Oktoberkrankenhauses" wurden nur etwa 1500 innerhalb der Krankenhauseinrichtung begonnen und abgeschlossen, die übrigen 4500 wurden entweder von den Kranken selbst oder von Kurpfuscherinnen unter Anwendung von verschiedenen Methoden ausgeführt. Das geschieht in einer großen Kulturstadt wie Kiew und was geht in der Provinz vor sich? Es ist notwendig, wirksame und unschädliche Mittel gegen die Empfängnis zu finden und dadurch das weitere gesundheitliche Sinken der weiblichen Bevölkerung zu verhindern."

Aus den Verhältnissen in der Sowjetrepublik Armenia hat Areschew u.a. auf zwei Beobachtungen hingewiesen, welche ich kurz anführen will: 70 % der Aborte fallen in die Zeit zwischen 20. und 30. Lebensjahr. Nach der Zahl der vorausgegangenen Geburten läßt sich errechnen, daß das Alter abortierender Frauen sich proportional mit der

Zahl der vorhergegangenen Geburten erhöht; die Gesamtzahl der Frauen mit vielen Geburten stellt fast die Hälfte aller Abortfälle dar.

Von 620 künstlichen Aborten fielen auf:

| | | |
|---|---|---|
| Kinderlose | 67 | = 11 %, |
| 1 Kind | 137 | = 22 %, |
| 2 Kinder | 187 | = 30 %, |
| 3 Kinder und mehr | 229 | = 37 %. |

Somit ist die große Kinderzahl, meint Areschew, eine der häufigsten Ursachen, welche die Frauen zum Abort veranlassen.

Daß der heimliche Abortus nicht eine Folge von Verweigerung des künstlichen Abortus seitens der Prüfungskommission war, beweist der Autor durch die Mitteilung, daß von 284 Frauen von Eriwan, welche sich 1926 an diese Kommission zum bewußten Zwecke gewandt hatten, nur 61 abgewiesen wurden. In die Klinik aber traten im gleichen Jahre 356 Frauen mit Abortus incompletus ein, d. h. also 300 Frauen hatten ihr Ziel ohne amtliche Bewilligung zu erreichen gewußt.

Auch in Eriwan waren von 1150 abortierenden Frauen 929 = 80 % Hausfrauen und die übrigen 16 % Angestellte, Lehrerinnen und Studentinnen. Von den 1150 Frauen hatten nur 28 = 2 % keinen fürsorgenden Mann zur Seite. Beruflich waren 60 % der untersuchten Ehefrauen von Sowjetangestellten, oder selbst staatliche Angestellte. Allerdings mag dabei auch die außergewöhnliche Wohnungsnot in Eriwan zu berücksichtigen sein; denn nach den Feststellungen von A. Constanjan, dem Vorsitzenden der städt. Vollzugskommission, treffen auf den roten Einwohner daselbst 3 Quadrattarschin, auf den lebenden 4.

Schließlich möchte ich aus dem überreichen Material, welches auf diesem Kongresse zusammengetragen und veröffentlicht wurde, auch noch einige Hinweise verschiedener Autoren auf die moralischen Wirkungen dieses Gesetzes anführen. Zum Beweise dafür, daß dieselben den Aerzten und damit wohl auch den maßgebenden Stellen keineswegs entgangen sind.

Eine wohl beachtliche Feststellung dieser Art stammt zunächst aus dem Autorreferate der schon öfters angeführten Aerztin Frau Dr. B. A. Benderskaja in Kiew. Sie sagt u. a.: „Das Sinken der Geburtenzahlen in den letzten Jahrzehnten ist das Ergebnis bewußter Beschränkung der Kindererzeugung seitens der heutigen Familie.

Die Geburtenstatistik des letzten Jahrzehntes zeigt eine schnelle Abnahme der mittleren Familiengröße: Die Familien mit 1 bis 2 Kindern fangen an vorzuherrschen. Im früheren russischen Reich war die Beschränkung der Familie ein Vorrecht des hohen und nur zum Teil des kleinen Bürgertums.

Innerhalb des Proletariats wurde ein Sinken der Geburtenziffern nur da bemerkt, wo das Volk Schulbildung bekam und qualifiziert war, wie in den bedeutenden Gewerbe- und Industriegegenden.

Das Wachsen des Kulturstandes in unserem Lande während der letzten Jahre, die Steigerung der kulturellen Ansprüche der breiten Arbeiter- und Bauernmassen führt zu einem langsamen, aber gesetzmäßigen Sinken der Geburtenzahlen, zuerst und besonders in den großen Städten. Im Dorfe erreicht die Geburtenzahl noch jene der Vorkriegszeit. Im Kiewer Kreis ist sie 1926 gleich 43 zu 1000 im Dorf und 25,1 zu 1000 in der Stadt.

Die Last der Mutterschaft, die Furcht vor der Mutterschaft wird in der proletarischen Familie auch aus der Not geboren, aus wirtschaftlichen Sorgen und den sonstigen schwierigen Lebensbedingungen. In steigendem Umfange nimmt sie auch infolge der wachsenden beruflichen Tätigkeit der Frauen deutlich zu.

Unter kapitalistischen Verhältnissen kommt hierzu noch die Angst um den morgigen Tag, um die Erhaltung des Eigentums und des Landbesitzes, besonders im Dorf, in Summa der Vorrang der Interessen des Individuums gegenüber denen des Kollektives. Alle diese Ursachen zusammengenommen, führen in den kapitalistischen Ländern zum gewollten Sinken der Geburten und damit des Nachwuchses der Bevölkerung."

Unter den rein seelischen Schädigungen durch die Legalisierung des Abortes werden u.a. erwähnt: Vorzeitiges Altern, verminderte seelische Widerstandskraft, Frigidität 40 %, Dyspareunie 20 %, Ehezwiste u. dergl. — Zomakion, Sserdjukow und Bublischenko.

Gerade letzterer betont das Sinken des Mutterschaftstriebes und damit eine zunehmende Entweiblichung durch die gesetzmäßige Freigabe der Abtreibung. Zwar meint Gramier, daß die Frau vom natürlichen Widerstandsgefühl beeinflußt nur zögernd und im äußersten Notfall von dieser Freiheit Gebrauch mache; aber die praktische Erfahrung über die ungeheure Zunahme des Abortes und auch des wiederholten Abortes von 43 % auf 52,6 % gibt doch Laptew und Bortschefskaja recht: „Wer einmal einen Abort hat machen lassen, entschließt sich leicht zum zweiten; Gelegenheit macht Diebe." 64 der Abortierenden haben überhaupt kein Kind und eine große Zahl derselben hatte keinerlei Mitgefühl mit dem geopferten Kind — sagt Laptew.

Eine sehr bedenkliche Folge ist nach Kirillow sicherlich der daraus resultierende sittliche Niedergang. Je leichter und „gesellschaftsfähiger" die Abtreibung geschehen kann, je geringer die Hemmungen durch Sitte, Erziehung und Religion, desto ungehemmter die Sexualität." Der künstliche Abort wird daher als selbstverständliches Schutzmittel für die Grimassen des geschlechtlichen Problems (Tikanadse) immer mehr um sich greifen und zum geschlechtlichen Chaos führen. (Kirillow)

Ueberaus ernst ist dadurch auch die Rückwirkung auf die Ehe und deren Stabilität. Durch die leicht erreichbare Unterbrechung einer vorehelichen Schwangerschaft ist nicht wenigen Frauen das feste Eingehen einer Ehe sehr erschwert. — Kirillow, Mariantschick, Bordscheffskaja — denn für viele Frauen führt der Weg in die Ehe über das voreheliche Kind.

Aber auch die Erhaltung der Ehe ist sehr gefährdet, wenn die festeste Bindung derselben: das Kind so leicht vermieden bzw. beseitigt werden kann. Tatsächlich fanden sich nach Sserdjukow und Sselinskij sehr viele Frauen seiner Klinik in der zweiten (66 %) bzw. dritten Ehe (20 %). Ueber 80 % der um Abtreibung Nachsuchenden waren Ehefrauen, wie Lewit und Majbitz nachgewiesen haben, ein sehr betrübliches Urteil über die Qualität ihrer ehelichen Verbindungen!

Bei dieser Sachlage wird daher der künstliche Abort von Triger als „psychosexuelles, moralisches und öffentlich-soziales Uebel" bezeichnet, wie auch die Aerztin Binderskaja ihn, trotz andersartiger Einstellung, als „unbezweifelbares Uebel" bezeichnen muß. Dieses Urteil kommt auch in der Kongreßresolution zum Ausdruck, in der es heißt: „Nach eingehenden Erörterungen, welche den vielseitigen, der Frau durch die künstliche Abtreibung zugeführten Schaden darlegten, kam der Kongreß zu dem Schlusse, daß es unbedingt erforderlich sei, weite Kreise der Bevölkerung vor einer leichtsinnigen Auffassung der Abtreibung zu warnen, indem man sie mit den schädlichen Folgen derselben bekanntmacht." Wahrlich ein, trotz aller gebotenen Vorsicht doch sehr vielsagendes Urteil einer fachmännischen Organisation im heutigen Rußland!

Diese Gedanken kamen besonders eindringlich in dem Vortrage von Tikanadse zum Ausdruck, der darauf hinwies, daß auch eine so frucht-

bare und volkreiche Nation wie die russiche, insgesamt und in ihren einzelnen Bestandteilen neben 1,200 000 Kindermorden zu Lasten der zukünftigen Generation, auch noch den Verlust **ungezählter mütterlicher Opfer** dieser Seuche nicht ungestraft ertragen kann, ohne dadurch auf das Bedenklichste in ihrem Bestande gefährdet zu werden.

Bei der Betrachtung dieser spärlichen und nur auszugsweise wiedergegebenen Erfahrungen der russischen Frauenärzte, müssen wir uns wohl des öfteren dazu angeregt fühlen, vergleichsweise an die entsprechenden Beobachtungen der einschlägigen Verhältnisse in unserem eigenen Vaterlande zu denken. Wie erfreulich gegensätzlich klingen gegenüber obigen düsteren Erfahrungen die Worte Adolf Hitler's in seinem Buch „Mein Kampf": „Der völkische Staat hat das Kind zum kostbarsten Gute eines Volkes zu erklären. Er muß sich als oberster Schirmherr dieses köstlichsten Segens fühlen".

Dem Geiste solchen Denkens entspricht auch die neue deutsche Gesetzgebung, welche einerseits die Beseitigung einer Schwangerschaft aus sogen. sozialen Gründen als Verbrechen an der Gesamtheit des Volkes grundsätzlich und unter strenger Bestrafung verbietet und andererseits diesen operativen Eingriff aus eugenischen Gründen auf das Genaueste gesetzmäßig geregelt hat. Nach den einschlägigen Bestimmungen vom 27. 7. 1935 ist eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung nur dann zugelassen, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer großen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht. Besondere Gutachterstellen entscheiden nach genauestens festgelegten Bestimmungen und strengsten gewissenhaften Erwägungen in jedem einzelnen Falle darüber, ob gesundheitliche Gründe die Unterbrechung der Schwangerschaft erfordern. Der diese beantragende und der sie ausführende Arzt sind **nicht** zu dieser Prüfungsarbeit zugelassen. Das ganze Verfahren geht schriftlich, geheim und prozeßmäßig vor sich; die erwachsenen Akten werden zehn Jahre lang streng verschlossen aufbewahrt.

In einer zusätzlichen Bestimmung vom 7. 9. 35 wird insbesondere darauf verwiesen, daß Schwangerschaftsunterbrechungen aus gesundheitlichen Gründen erst dann vorgenommen werden dürfen, nachdem eine Gutachterstelle den Eingriff als erforderlich erklärt hat. Zuwiderhandelnde werden, soweit nicht nach anderen Vorschriften höhere Strafe verwirkt ist, mit Gefängnis bestraft. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft darf nur in einer Krankenanstalt (auch privater Natur) vorgenommen werden.

Jede Unterbrechung einer Schwangerschaft und Fehlgeburt (vor Vollendung der 32. Woche) ist von dem beigezogenen Arzt binnen drei Tagen dem zuständigen Amtsarzt schriftlich zu melden. Wer diese Pflichtmeldung unterläßt, wird mit 150.— RM. Geldstrafe belegt. Die Kosten des Verfahrens und der Gutachten haben die Krankenkassen und Fürsorgeverbände neben den Gesamtvergütungen zu entrichten.

In einem eigenen Buche, welches von allen deutschen noch beruflich tätigen Aerzten, pflichtgemäß bezogen werden muß, hat der Frauenarzt Dr. Stadler, München im Auftrage der Reichsärztekammer die „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung (und Unfruchtbarmachung) aus gesundheitlichen Gründen" zusammengefaßt. Hierbei haben sehr bekannte Vertreter von Spezialfächern eingehend jene für sie einschlägigen Sonderkrankheiten erörtert, welche als triftige Gründe für den Einzelfall der Schwangerschaftsunterbrechung in Betracht kommen. Diese Darlegungen sind so genau und erschöpfend und allgemein verständlich gehalten, daß sie als absolut sicherer Wegweiser für jeden ratsuchenden Arzt angesehen werden müssen.

Unter diesen zwölf Sonderabhandlungen findet sich auch ein Aufsatz von **Prof. Oswald Bumke, München** über die Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Bevor der Verfasser auf die einzelnen Krankheitsschilderungen kritisch eingeht, widmet er diesen Fragen allgemeiner Art eine kurze Betrachtung, welche ich zum Schlusse meiner Arbeit stellenweise anführen möchte, da sie vielfach an die früher kennen gelernten russischen Aeußerungen erinnern.

„Wir wollen zwei Dinge nicht vergessen: auch das Kind im Mutterleib ist ein lebendiger Mensch und weiter: auch durch Aborte sind unendlich viele Mütter siech gemacht, d. h. körperlich und seelisch schwer geschädigt worden. Namentlich, wenn eine Frau mehrere Aborte hintereinander über sich ergehen lassen muß, wird sie körperlich und seelisch auf das äußerste geschwächt. Ihr Gefühlsleben ist verändert; jede normale geschlechtliche Einstellung und jedes natürliche Verhältnis zur Mutterschaftsfrage werden erstickt und so werden Ehen und Familienglück auch da untergraben, wo die Mutter nicht zugleich früh gealtert, verbraucht und für spätere Geburten ebenso unfähig gemacht worden ist, wie für die Arbeit und die Erziehung etwa schon vorhandener Kinder."

Nicht minder zutreffend erscheint mir der Hinweis auf die völkerpolitische Bedeutung dieser Fragen, wie er sich unter den Betrachtungen von Tikanatze, Grainer und Bordscheffskaja vorfindet.

Bumke sagt in dieser Hinsicht: „Woran gehen die Völker zu Grunde? Wenn wir die Kette der Erscheinungen beim Untergang der Griechen und Römer rückläufig verfolgen, so bildet ihr letztes Glied unzweifelhaft das Aussterben und die quantitative Abnahme der Bevölkerung. Die Nation verliert die physische Kraft, ihre Stellung den äußeren Feinden gegenüber zu behaupten; entscheidend war für Hellas und Rom der gleiche Vorgang, welcher das heutige Europa wieder gefährdet: die gewollte Beschränkung der Kinderzahl. Da dieser Vorgang gesetzmäßig in den in höhere Stellungen aufgestiegenen Familien beginnt, kommt es zuerst zur „Ausrottung der Besten" und damit „zur Verpöbelung", „zur Herrschaft der Minderwertigen" und dann, wenn diese Volksseuche auf alle übergegriffen hat, zum Aussterben, zum „Völkertod". Damit richten wir uns selbst — und nicht einmal langsam — zugrunde. Die Abtreibung ist trotz aller Verhütungsmaßnahmen, welche sie in ihrer Wirkung nur unterstützen, immer noch ein wichtiges Mittel bei diesem Morde an uns selbst."

## Literatur.


1) Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. 1927 (Lit.)

2) Haugwitz E.: Morbidität und Mortalität des künstlichen Abortus. Diss. Königsberg 1935.

3) Pötters G.: Beitrag zur Frage des kriminellen Abortus. Diss. Hamburg 1933.

4) Mayer A. (Tübingen): Uebersetzung des Kongreßberichtes Kiew, Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechungen in Sowjetrußland. Stuttgart 1933.

5) „ Autorreferat. Zentralblatt für Gynäkologie. 1932 Nr. 46.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Rech für die liebenswürdige Uebernahme des Referates und Herrn Professor Dr. Ernst Bach für die Ueberlassung des Themas und des Klinikmaterials meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

## Lebenslauf.

Am 27. II. 1906 in Köln geboren. Reifeprüfung Ostern 1926 an der Oberrealschule Gotha.

Vom Sommersemester 1926 ab studierte ich an den Universitäten Köln, Berlin, München, Wien, München. Die ärztliche Vorprüfung legte ich 1931 in München ab, die ärztliche Prüfung ebenfalls in München 1934.